

DE LA

N° 7

LUXATION DE LA SYMPHYSE PUBIENNE

CHEZ L'HOMME

(A PROPOS D'UN CAS RÉCENT DIAGNOSTIQUÉ PAR LA RADIOGRAPHIE)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

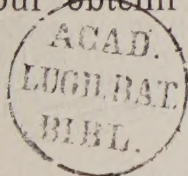
Le 26 Mai 1906

PAR

M. MATEFF Wladimir

Né à Béla (Bulgarie), le 12 octobre 1880

Pour obtenir le grade de Docteur d'Université



(MENTION MÉDECINE)



MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1906

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✱) DOYEN
TRUC ASSESSEUR

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✱).
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Thérapeutique et matière médicale.	HAMELIN (✱)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✱)
Physique médicale.	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL
Clinique chirurgicale.	FORGUE (✱)
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS
Clinique obstétricale.	VALLOIS.

Professeur adjoint : M. RAUZIER

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires :

MM. JAUMES, E. BERTIN-SANS (✱), GRYNFELTT

M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	RAUZIER, prof. adjoint
Pathologie externe	JEANBRAU, agrégé
Pathologie générale	RAYMOND, agr. (✱).
Clinique gynécologique.	DE ROUVILLE, Ag. libre
Accouchements.	PUECH, agrégé lib.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. JEANBRAU	MM. GUERIN
RAYMOND (✱)	POUJOL	GAGNIERE
VIRES	ARDIN-DELTEIL	GRYNFELTT Ed.
VEDEL	SOUBEIRAN	LAPEYRE

M. IZARD, *secrétaire.*

Examineurs de la Thèse

MM. IMBERT, <i>président.</i>	SOUBEIRAN, <i>agrégé.</i>
TEDENAT, <i>professeur.</i>	GAGNIERE, <i>agrégé.</i>

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES CHERS FRÈRES

PENU — GEORGES — NICOLAS

MEIS ET AMICIS

W. MATEFF.

A MON PRESIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR IMBERT

PROFESSEUR DE PHYSIQUE MÉDICALE

A MONSIEUR LE DOCTEUR CARRIEU

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

W. MATEFF

INTRODUCTION

L'étude que nous nous proposons de faire a eu pour départ la très intéressante communication que mon professeur, M. Imbert, a faite à la Société des sciences médicales, à Montpellier.

La luxation des os des pubis est intéressante de par sa rareté et de la difficulté qu'elle peut présenter pour le diagnostic.

Notre modeste travail a pour but de rechercher les causes et le mécanisme de cette exceptionnelle lésion, nous occupant surtout de la luxation proprement dite que de la disjonction en général. Nous voulons surtout indiquer le grand avantage qu'on peut tirer de la radiographie dans des cas pareils, et par cela éviter des erreurs possibles, auxquelles est peut-être dû le nombre si restreint d'observations de luxations de ce genre.

Pour la facilité de l'exposé, nous avons divisé ce travail en neuf chapitres :

Le premier comprend l'historique ;

Le deuxième reproduit l'observation prise par M. le professeur Imbert et M. Marquès, chef de laboratoire ;

Le troisième : quelques notions d'anatomie et de physiologie ;

VI

Le quatrième : l'étiologie et le mécanisme ;

Le cinquième : l'anatomie pathologique ;

Le sixième : la symptomatologie ;

Le septième : le diagnostic ;

Le huitième : le pronostic et le traitement ;

Le neuvième : les conclusions.

Au moment de nous éloigner de la Faculté de médecine de Montpellier, nous tenons à assurer de notre respectueuse gratitude tous les maîtres qui nous ont acheminé vers le but où nous touchons aujourd'hui.

Nous témoignons tout particulièrement notre reconnaissance à M. le professeur Imbert, qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse et dont l'amabilité à notre égard nous a vivement touché.

Nous remercions du fond du cœur M. le professeur agrégé Soubeiran, qui nous a inspiré le sujet de ce travail et nous a aidé de ses précieux conseils ; nous garderons de lui un souvenir profond.

Nous sommes surtout redevable d'une profonde gratitude envers notre excellent maître, M. le professeur Carrieu, qui nous a donné avec tant de bonté ses soins éclairés ; ses leçons et sa clinique pratique nous ont attiré dès le début, et c'est dans son service à l'hôpital que nous avons puisé de préférence nos connaissances de clinique interne.

Nous avons à cœur d'exprimer notre vive reconnaissance et nos respectueux remerciements à notre cher maître, M. le professeur Ardin-Delteil ; qu'il soit assuré à jamais de notre très sincère dévouement.

M. le professeur Tédénat, dont nous sommes honoré d'avoir été l'élève, a droit à toute notre gratitude.

Je ne saurai jamais assez remercier tous mes amies et amis qui m'ont prodigué avec tant de dévouement leurs soins précieux.

Ce n'est qu'avec regret que nous quitterons ce cher pays de la France ; que toutes les personnes qui nous ont témoigné leur sympathie sachent que leur souvenir restera gravé dans notre mémoire.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

DE LA

LUXATION DE LA SYMPHYSE PUBIENNE

CHEZ L'HOMME

(A PROPOS D'UN CAS RÉCENT DIAGNOSTIQUÉ PAR LA RADIOGRAPHIE)

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Sur cette question des luxations traumatiques des os du bassin, nous n'avons pu réunir, dans la littérature chirurgicale, que quelques cas au nombre de 12.

Cela tient, d'une part, à la rareté de cette lésion, et, d'autre part, à ce qu'elle est restée longtemps méconnue.

Malgaigne qui constate l'ignorance des auteurs anciens sur les os du pubis ne peut en citer que quatre cas :

- 1° Ténon, *Mémoires de l'institut*, t. IV, p. 159 ;
- 2° Cameron, *Philosophical transaction*, 1747, n° 484 ;
- 3° Martin, *Journal de médecine*, 1765, t. XXIII, p. 83 ;
- 4° Murville, *Mémoire de l'Académie de médecine de Paris*, t. XIV.

La première observation de Ténon, citée partout, concerne un jeune homme de 18 ans, qui se destinait à l'état de danseur. Etant couché sur le dos, son maître pressait alter-

nativement sur les deux genoux pour renverser les pieds en dehors. Au bout de peu de temps, il se produit un écartement du pubis, d'un travers de doigt environ.

Le deuxième et le quatrième cas concernent des cavaliers, qui ont eu leurs symphyses disjointes à la suite de sauts brusques de leurs montures.

Le troisième cas, celui de Martin, que Malgaigne range dans les luxations simples de la symphyse pubienne, est fort critiqué par Salleron. Il s'agit d'un ouvrier manœuvre, robuste, âgé de 45 ans, qui tomba de quarante pieds de haut sur le derrière, de façon que la partie postérieure de la crête iliaque gauche porta davantage que les autres parties. Le sujet meurt d'une commotion cérébrale et médullaire. En voulant expérimenter l'opération de la taille et en pratiquant le cathétérisme, Martin se trouve en présence d'une lésion imprévue.

« Les os du pubis étaient écartés, laissant un espace à pouvoir y passer le pouce, ce fait me parut si rare, que je séparai ces os avec l'os ischion ; plusieurs personnes, ajoute Martin, ont vu cette disjonction sans qu'il y eût nulle fracture. »

Salleron fait remarquer à Martin de ne pas avoir fait l'examen nécroscopique complet, de ne rien dire de l'état des symphyses sacro-iliaques et qu'il n'a reconnu la disjonction qu'en introduisant le cathéter pour répéter l'opération de la taille. « Le fait de ce blessé, dit Salleron, me paraîtrait beaucoup mieux placé dans le cas de luxation de l'os iliaque ; dans ses deux symphyses à la fois, il y avait luxation unilatérale complète, ou peut-être il y avait luxation des deux os iliaques, avec disjonction des trois symphyses. »

Le fait certain est que la luxation ou plutôt la disjonction des os du pubis existait, était reconnue ; qu'il y ait eu ou non luxation des symphyses sacro-iliaques, le fait est très

probable..., d'autant plus probable qu'elles ont dû se produire comme compensation de la luxation de la symphyse du pubis. Le fait se produit toujours quand on pratique la symphyséotomie et lorsque l'écartement des pubis dépasse un certain degré.

Fr. H. Hamilton, qui n'a jamais observé personnellement la luxation des os pubis, n'attache pas une grande importance à cette forme rare de traumatisme du bassin, qu'il ne range même pas parmi les luxations, mais dans le chapitre des fractures. Il écrit « qu'il est beaucoup plus commun de voir le pubis se fracturer au niveau de ses branches horizontale ou ascendante ».

Les observations qu'il rapporte sont au nombre de trois :

1° Hall, *Provincial medical and surgical Journal*, 1^{er} may 1884 ; *Americal journal of medical science*, vol. XXXIV, p. 248 :

2° Sir Astley Cooper, *Fractures and dislocations*, p. 144 de l'édition américaine :

3° Lente, *New-York Journal med.*, 2^e ser., vol. IV, p. 286.

Gallez (*Presse médicale belge*, 1876, n° 32) publie un cas où la disjonction de la symphyse a succédé à une violente contraction musculaire : « un jeune homme vigoureux qui, portant une pièce de fer de 80 kilog., glissa et fit un violent effort pour ne pas tomber, les jambes écartées. »

Salleron rapporte, dans les *Archives générales de médecine*, 1871, p. 34, deux observations très longues et très détaillées.

L'une d'elles concerne un ouvrier qui tombe d'une hauteur de 12 mètres ; l'autre est celle d'un soldat tombé, en état d'ivresse, d'une hauteur de 5 à 6 mètres.

Dans ces deux derniers cas, il s'agit bien d'une luxation simple de la symphyse du pubis.

Plus près de nous le docteur Moreau, a eu l'occasion d'ob-

server et suivre personnellement un cas de disjonction de la symphyse pubienne, dont il fait le sujet de sa thèse inaugurale. (Paris 1900.)

Depuis lors, la littérature chirurgicale enregistre encore un cas, observé par le docteur Mignon, publié dans le *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1902, p. 571.

Tous ces cas ont été diagnostiqués par les seuls moyens cliniques ou nécroscopiques ; le cas que nous reproduisons diffère de beaucoup d'eux puisque cliniquement la luxation a été méconnue et c'est grâce à l'examen radiographique qu'on a pu la reconnaître.

D'après nos recherches, c'est le treizième cas de luxation de ce genre que nous ajoutons à la littérature chirurgicale, et le seul cas où on voit d'une façon nette et démonstrative la luxation simple de la symphyse pubienne sans fracture des os du bassin et de plus sans lésions des autres symphyses de la ceinture pelvienne.

CHAPITRE II

UN CAS DE LUXATION DE LA SYMPHYSE PUBIENNE CHEZ L'HOMME, DÉCELÉ PAR LA RADIOGRAPHIE

(Due à l'obligeance de M. Imbert, professeur de physique biologique à la Faculté de médecine, et M. Marquès, chef de laboratoire)

Il s'agit d'un ouvrier mineur qui, pendant qu'il travaillait, couché sur le côté gauche, au fond d'une galerie, fut victime d'un accident occasionné par la chute d'un énorme bloc de pierre sous lequel il se trouva pris.

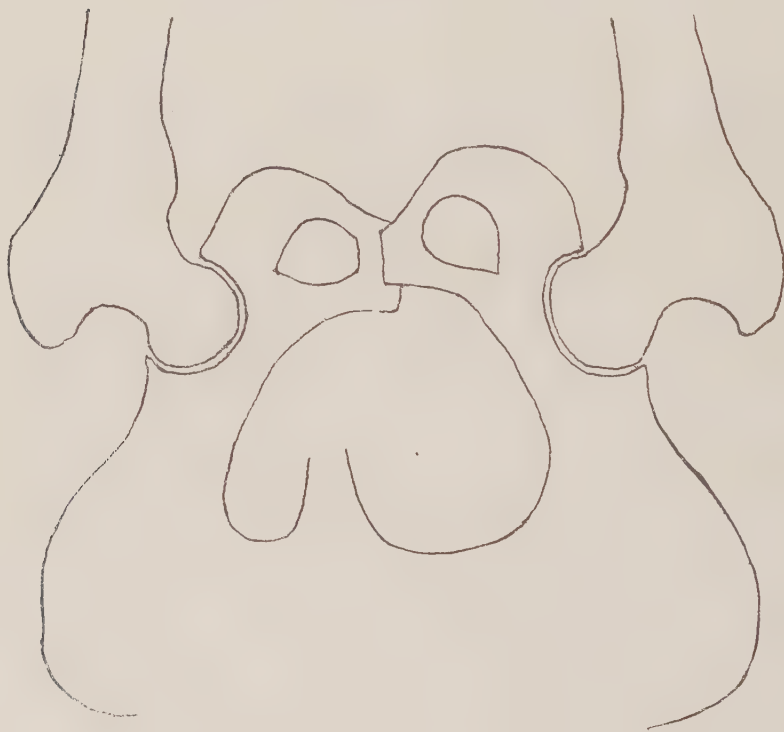
L'ouvrier put se dégager lui-même, mais fut incapable de se relever et dut être porté chez lui. Le docteur Lacombe (de Lavernarède, Gard), aussitôt appelé, crut devoir conclure, après examen minutieux du blessé, et bien qu'il n'y eût aucun trouble urinaire, à une fracture de la branche verticale gauche du pubis ; cette région était, en effet, accusée comme douloureuse et l'on sentait à ce niveau une saillie osseuse, dont l'équivalent n'existait pas à droite, et que l'on était ainsi autorisé à regarder comme due à un chevauchement osseux consécutif à une fracture. Malgré une exploration clinique minutieuse plusieurs fois répétée, aucune trace certaine d'autre fracture ne put être localisée, en particulier le long de la branche horizontale du pubis.

Le malade fut immobilisé au lit pendant un temps fort long, parce que, à chaque essai de marche, des douleurs assez vives étaient accusées et que des craquements étaient

nettement perçus, lors de certains mouvements, bien que l'on ne pût en déterminer sûrement l'origine.

Après trois mois environ, les douleurs et les craquements persistant et la saillie osseuse perçue vers le milieu de la branche verticale du pubis conservant les mêmes caractères, le docteur Lacombe pensa à un défaut de consolidation de la fracture diagnostiquée et jugea bon de recourir à l'exploration radiographique, exploration en vue de laquelle le blessé nous fut amené.

Deux chirurgiens, préalablement et séparément consultés,



confirmèrent l'un et l'autre le diagnostic du docteur Lacombe : fracture certaine de la branche verticale gauche du pu-

bis, et fracture probable de la branche horizontale, bien qu'aucun signe ne permit de reconnaître objectivement l'existence de cette dernière. La symphyse, particulièrement explorée, fut reconnue intacte. Ce diagnostic était d'ailleurs en parfaite relation de cause à effet avec l'accident, l'ouvrier ayant été fortement comprimé entre le sol et le lourd bloc de pierre qui, tombé derrière lui, avait basculé et l'avait atteint au niveau du bassin.

Le résultat de l'examen radiographique fut une révélation, suivant la réflexion de l'un des chirurgiens consultés ; les clichés, pris d'arrière en avant et d'avant en arrière, montrèrent que les branches gauches du pubis étaient intactes, comme d'ailleurs les branches droites ; mais sur les clichés pris d'arrière en avant (pubis contre la plaque), on constata une luxation des os iliaques l'un par rapport à l'autre au niveau de la symphyse. Si d'ailleurs sur les clichés il paraît s'être produit une dénivellation, cela tient à ce que, pour isoler la symphyse pubienne de l'ombre du sacrum, le tube à rayons X avait été centré à peu près au niveau des plis fessiers. Dans ces conditions, l'ombre de la branche pubienne horizontale la plus éloignée de la plaque a été projetée plus haut, et c'est la branche gauche du pubis qui se trouve dans ce cas. Par suite, dans la luxation produite, c'est l'os iliaque droit qui a passé en avant du gauche au niveau de la symphyse.

Une telle luxation, avec chevauchement d'environ 1 centimètre, a dû s'accompagner d'une autre lésion osseuse, en quelque sorte compensatrice. Cependant, bien que nos divers clichés soient aussi bons que possible pour les régions radiographiées, on n'aperçoit nulle part aucune anomalie, en particulier au niveau des articulations sacro-iliaques, dont le blessé ne s'est d'ailleurs jamais plaint, ni au moment de l'accident ni plus tard.

La saillie osseuse siégeant vers le milieu de la branche verticale gauche du pubis, et qui a été la cause principale de l'erreur de diagnostic, est d'ailleurs simplement due, ainsi qu'on le voit sur l'un de nos clichés, à une particularité individuelle. Quant aux craquements perçus lors de certains mouvements effectués par le blessé, leur origine est restée indécise même après l'exploration radiographique ; ils étaient d'ailleurs trop intenses, semble-t-il, pour être rapportés à un frottement de deux surfaces osseuses l'une contre l'autre.

CHAPITRE III

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

L'articulation pubienne est une amphiarthrose constituée par la réunion du corps des pubis droit et gauche. Le corps du pubis répond à l'angle de réunion de la branche horizontale et de la branche descendante du pubis, ayant la forme irrégulière d'un triangle à sommet inférieur et à base supérieure.

Sa face antérieure, rugueuse, regarde un peu en dehors ; sa face postérieure, lisse et régulière, est à peu près parallèle au plan frontal. Le bord supérieur présente, à 2 centimètres en moyenne de son extrémité libre une saillie toujours très nette, l'épine du pubis. Le bord externe prend part à la formation du trou ischio-pubien. Son bord interne présente une surface articulaire elliptique, souvent rugueuse.

Les deux surfaces articulaires, celle du pubis droit et celle du pubis gauche, sont plus rapprochées en arrière qu'en avant ; il en résulte que l'espace qui les sépare est plus large en avant qu'en arrière.

Les deux pubis sont réunis l'un à l'autre : 1° par un fibro-cartilage interarticulaire, appelé ligament interosseux ; 2° par des ligaments périphériques.

Le fibro-cartilage interosseux remplit exactement l'espace plus large en avant qu'en arrière, qui sépare les deux pubis. Il présente la plus grande analogie avec les disques interver-

tébraux. Sa portion centrale est plus molle que sa portion périphérique ; elle est même chez l'adulte creusée d'une cavité de dimension très variable, ébauche d'une synoviale. Les ligaments qui concourent à assurer la solidité de cette articulation sont au nombre de quatre : antérieur, postérieur, supérieur et inférieur. L'inférieur, en raison de sa forme, de sa disposition et des désordres qu'il subit dans les cas de luxation, mérite seul une mention particulière. Il est très épais, très fort, revêt la forme d'un croissant dont la concavité, dirigée en bas et un peu en arrière, forme l'arcade pubienne ; le bord supérieur, convexe, tourné en haut et en avant, adhère, par sa partie médiane, au fibro-cartilage interosseux, et, par ses parties latérales, aux branches descendantes des pubis.

Les rapports de la symphyse sont les suivants : 1° en haut, avec les muscles et aponévroses de la paroi abdominale qui s'insèrent sur la lèvre antérieure et sur la lèvre postérieure du bord supérieur du pubis ; 2° en bas, avec le corps caverneux de l'urèthre ; 3° en arrière, avec l'espace prévésical et la vessie. Cette face postérieure de la symphyse donne insertion aux ligaments pubo-vésicaux. Ce sont ces ligaments qui, dans les déplacements des os du pubis, changent la position de la vessie et de l'urèthre postérieur, ce qui peut expliquer jusqu'à un certain point la rétention de l'urine et la difficulté du cathétérisme.

A l'état normal, chez l'homme adulte, la symphyse pubienne est presque dépourvue de mouvements ; s'il y en a, ils sont très limités. C'est une articulation très forte, qui a pour but, avec les deux autres articulations sacro-iliaques, de rendre la ceinture pelvienne aussi solide que possible, et assurer la stabilité de la marche.

Chez la femme, vers la fin de la grossesse, état qu'on peut

considérer comme physiologique, la symphyse pubienne a des mouvements bien appréciables qui ont pour but de faciliter la parturition, et des cas de luxations dans de pareilles circonstances sont assez fréquents, mais comme notre étude porte uniquement sur l'homme, nous ne les mentionnons pas.

CHAPITRE IV

ETIOLOGIE ET MECANISME

Les anciens auteurs ont beaucoup discuté sur les causes de l'écartement des os du bassin ; toutes leurs discussions ont porté pour expliquer cet écartement pendant la période de gravidité chez la femme. Il n'en est pas question chez l'homme.

Murville, dans son mémoire sur les luxations des os du bassin (1), exprimant l'opinion chirurgicale de son temps, admet que « les articulations interpubiennes, véritable symphyse, sont susceptibles de trois genres bien distincts de luxation.

» 1^o Le premier genre, qui en réalité ne constitue qu'un diastasis, s'observe chez la femme enceinte, ou après l'accouchement, et résulte du relâchement et du ramollissement plus ou moins considérables, survenus pendant, et surtout vers la fin de la grossesse, dans les ligaments et les cartilages de la cavité pelvienne. Le diastasis est rendu ensuite plus prononcé par la distension inséparable de l'acte de la parturition.

» 2^o Le deuxième genre, dont seraient susceptibles les os

(1) Mémoires de l'Académie nationale de médecine, Paris, 1849, XIV-270.

du bassin, survient chez les sujets lymphatiques et chez les scrofuleux, le plus ordinairement sans cause appréciable. Quelquefois cependant une violence extérieure telle qu'un coup, une chute, un effort, semble en avoir été la cause déterminante.

» 3° Quant aux lésions du troisième genre, les seules qui méritent véritablement le nom de luxations, elles sont le résultat de causes traumatiques ou de violences extérieures. Elles restèrent à peu près entièrement ignorées jusque vers la fin du XVIII^e siècle. »

Pour admettre le second genre de luxation, Murville se base sur l'observation publiée par Bassius, chirurgien de l'Académie à Hal de Magdebourg, en 1731, et rapportée par Louis, dans les Mémoires de l'Académie de chirurgie.

Il s'agit d'une luxation sacro-iliaque. Elle s'est produite chez un jeune étudiant en droit, âgé de 20 ans, d'une constitution molle, dont l'habitude du corps était délicate et lâche, qui, en faisant des armes, fut serré de près par son adversaire ; ce jeune homme fit alors des mouvements un peu vifs de la partie inférieure du tronc sur les cuisses, et dans ces mouvements, il se fit une « divulsion des os innommés d'avec le sacrum ». Bassius met ce fait au nombre des diastasis ou subluxations. Murville conclut de même en disant : « que tout se réduisait à une distension, à un tiraillement des parties fibreuses, en un mot, à une espèce d'entorse d'une intensité légère. » il admet qu'il existait des prédispositions extrêmement prononcées chez le jeune homme et que le traumatisme n'a qu'une valeur simplement occasionnelle.

Reste le troisième genre de causes traumatiques extérieures ; dans ce cas, la disjonction sera plus ou moins facile, suivant l'état de connexion des os toujours plus serrés dans un âge plus avancé.

Cette cause traumatique extérieure, nous la retrouvons

dans toutes les observations de luxation de la symphyse, mais le mécanisme diffère suivant le cas.

Dans l'observation de Ténon, où un jeune homme, qui se destinait à l'état de danseur a eu les os du pubis disjoints parce que son maître, pour lui renverser les pieds en dehors, se balançait sur ses genoux. En ce cas, la force transmise par les fémurs sur les deux cavités cotyloïdes les a poussées au dehors, écartant les deux os iliaques l'un de l'autre, et par là produisant la disjonction de la symphyse.

Dans le second cas de Caméron, un recteur, âgé de 64 ans, dont le cheval effrayé, après un premier saut, par un élan brusque et violent, tourna court à gauche, puis à droite, et finit par jeter son cavalier sur une haie ; le blessé raconta que le double écart du cheval à gauche et à droite avait produit, à l'instant, une sensation intolérable, comme s'il avait été « fendu en deux ». La force, comme le remarqué Maligne, a agi, à la façon d'un coin entre les tubérosités sciatiques. Le mécanisme est à peu près le même dans le cas de Murville, de Lille. Cette observation, que nous reproduisons à peu près en entier dans le chapitre de diagnostic, est celle d'un officier âgé de 56 ans, d'une forte constitution, d'un tempérament plutôt sanguin que lymphatique, qui fut emporté par son cheval, lequel fit coup sur coup des bonds furieux et le désarçonna. L'officier ayant les membres inférieurs fortement contractés, comprimant le corps du cheval, fut projeté en l'air et retomba de tout son poids sur la selle, qui agit alors à la manière d'un coin sur l'angle de jonction des cuisses, c'est-à-dire sur le périnée.

Dans ces trois cas, dont le mécanisme est brièvement relaté, la force a agi verticalement sur le bassin entre les ischions. La lésion qui en est résultée, c'est la disjonction, l'écartement des os pubis. Dans le reste des observations, la force reste toujours la même, violente et d'origine externe.

mais sa direction change ainsi que le mécanisme de la lésion qui en résulte.

La force est dirigée plus ou moins horizontalement ou obliquement sur un des côtés du bassin. Au lieu d'écartement, la première lésion qui se produit, c'est le rapprochement des deux os pubis, leur chevauchement et luxation ; si les désordres produits sont grands, à la rupture de tous les moyens d'union de la symphyse à la luxation primitive, peut succéder un écartement plus ou moins considérable des os du pubis.

Examinons successivement le mécanisme de chacun de ces cas. Tout d'abord celui de Martin, que Salleron classe dans les luxations sacro-iliaques.

L'observation dit : « Elie Tartas, âgé de 45 ans, manoeuvre de son métier, tombe de 40 pieds de hauteur, sur le derrière, de façon que, dans la chute, la partie postérieure de la crête de l'os iliaque gauche porte davantage que les autres parties, ainsi que l'avant-bras gauche. »

Il est clair que la force représentée par la chute du corps, agit obliquement d'arrière en avant et de haut en bas, le sujet a atteint le sol dans une position inclinée.

Dans le premier cas publié par Salleron, le mécanisme est absolument le même. « Le nommé Couturas, âgé de 26 ans, maître maçon, creusait, pour établir une noria, un puits de 1 m. 40 de largeur, et qui avait déjà à peu près 12 mètres de profondeur. Le soir, en remontant, il avait déjà posé un genou sur le rebord ; mais, ayant lâché trop tôt la corde, il retombe au fond sans rencontrer aucun obstacle. La chute eut lieu sur le siège et tout le poids du corps fut transmis à la fesse gauche, qui porta seule, un peu obliquement, sur le rebord d'une légère excavation placée au centre du puits. »

Dans la seconde observation de Salleron, « un soldat en état d'ivresse tombe du deuxième étage, d'une hauteur d'à

peu près 5 à 6 mètres sur un terrain très dur et fort inégal ; tout le poids du corps porta sur la partie postérieure droite du bassin. »

Dans le cas rapporté par Lente, où un jeune homme fut écrasé entre deux charrettes et qui succomba deux jours après, l'autopsie montra un déplacement du pubis droit d'environ 1 centimètre et demi en arrière. Ici le bassin a été pris entre deux forces opposées, et c'est le trop grand rapprochement des deux os pubis, qui a occasionné le chevauchement puis le déplacement.

Celui qui représente le plus d'analogie au point de vue du mécanisme avec le cas que nous publions, est rapporté par Astley Cooper, dont voilà brièvement l'observation : « R. W., âgé de 22 ans, entre à l'hôpital le 30 juillet 1832 ; il a été blessé par la chute d'une grande masse de sable qui lui est tombée sur le dos pendant qu'il était courbé vers le sol. Renversé par le choc, il a eu des difficultés considérables pour se relever et, en essayant de marcher, il a éprouvé, dans la région de la vessie, une douleur violente se propageant dans la direction des uretères et des reins. Interrogé, il a déclaré que l'urine rendue par lui depuis l'accident était sanguinolente, et que la miction était difficile. En l'examinant, on trouve, au niveau de la symphyse des pubis une fissure déterminant un écartement d'environ deux travers de doigt. A la pression faite sur un point quelconque de l'iléon, le blessé accuse une augmentation de la douleur au niveau de la région pubienne. On introduit une sonde dans la vessie, qui donne issue à l'urine claire et normale. On applique ensuite des sangsues sur le pubis, et on entoure le blessé d'une large ceinture solidement bouclée et assez serrée pour amener en contact les deux pubis. Recommandation est faite au malade de rester au repos absolu.

» Le blessé demeura à l'hôpital pendant 3 mois, sans,

qu'aucun accident vînt entraver sa guérison. Quand il partit, il restait encore un léger écartement des pubis ; les deux membres inférieurs, les épines iliaques antero-supérieures n'étaient pas parfaitement symétriques, bien que la marche s'exécutât fort bien. » (Hamilton. Fractures et luxations, trad. Poinat, 1884.)

Le mécanisme est à peu près le même dans le cas de Mignon ; nous le reproduisons au chapitre « Diagnostic ».

Le cas rapporté par le docteur Moreau, dans sa thèse (Paris 1900) offre, au point de vue du mécanisme, une très grande ressemblance avec les deux cas de Salleron.

Dans l'observation que nous reproduisons, le sujet, au moment de l'accident, était couché sur le côté gauche au fond d'une galerie. Son bassin a été pris entre le sol et un bloc de pierre. Le choc a porté sur le côté droit du bassin, d'arrière en avant. La luxation qui s'en est suivie est le résultat d'un trop grand rapprochement des os du pubis, le pubis droit a passé au-devant du pubis gauche.

Dans ce cas particulier, nous croyons que la violence de la force, représentée par cet énorme bloc de pierre, suffit à expliquer la luxation et que s'il n'y a pas lieu de chercher des causes prédisposantes, à la rigueur on peut admettre avec le professeur Guérmonpretz, dont l'opinion est exprimée dans la thèse du docteur Moreau, que le travail antérieur très pénible a pu être une cause prédisposante ou plutôt cause pour la localisation de la luxation dans cette articulation.

Le mineur, travaillant au fond de la mine, piochant à côté et au-dessus de lui, a été à tout instant obligé d'exécuter des mouvements de torsion du tronc et du bassin, qui ont facilité le jeu des articulations correspondantes et donné une certaine laxité à la symphyse pubienne ; et comme la force est venue mettre celle-là le plus en souffrance, c'est elle qui a cédé.

En passant en revue toutes les observations, nous nous bornons à constater que les luxations des os pubis sont le résultat d'une force traumatique extérieure, d'une violence très grande, s'exerçant le plus souvent sur un des côtés du bassin, dans un sens horizontal ou légèrement oblique, d'arrière en avant et de haut en bas. Dans d'autres cas, verticalement au plan du bassin, comme un coin entre les tubérosités sciatiques.

CHAPITRE V

SYMPTOMATOLOGIE

Les symptômes de la luxation de la symphyse pubienne se confondent au premier moment avec ceux des graves traumatismes du bassin, notamment les fractures.

A ce sujet, Murville s'exprime ainsi : « Les symptômes tels qu'une douleur excessive au niveau des articulations luxées ou distendues et rendue ordinairement intolérable par le moindre mouvement imprimé aux membres inférieurs, la mobilité des os disjoints, le changement produit dans la conformation des parties, etc., suffisent généralement pour faire reconnaître l'existence de ces luxations ; cependant ces symptômes sont quelquefois si peu prononcés, ainsi qu'on l'a vu dans le cas rapporté par Philippe (1), que le blessé put continuer à marcher pendant plusieurs jours...

Si Murville dit vrai dans la première partie de sa conclusion, il est évidemment induit en erreur à la fin. Car le cas de Philippe, luxation sacro-iliaque, sur lequel il se base en parlant ainsi, n'est pas admis par tous les auteurs comme une luxation traumatique, mais comme une luxation secondaire, consécutive à une ostéo-arthrite sacro-coxale.

(1) Philippe de Chartres. *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie de Paris*, 1768, t. IV.

Pour ramener le fait à la valeur qu'on lui attribue, il faut mettre en question la nature traumatique de la luxation elle-même. En effet, l'accident date du 11 octobre 1763 ; il s'agit de la chute d'un sac de blé sur le dos d'un portefaix, âgé de 21 ans, tandis que celui-ci se trouvait dans l'attitude du déchargement sur une charrette. « Ce choc ne l'empêcha pas de se charger successivement de trois autres sacs de pareil poids (de 350 livres), et de les porter à la charrette. Il sentit ce jour-là un léger engourdissement dans le lieu frappé, et le lendemain il vaqua à ses travaux ordinaires, la douleur étant entièrement dissipée. » Il est évident que ce traumatisme du 11 octobre n'a déterminé qu'une contusion, mais pas une luxation véritable. « Le surlendemain, le 13, le blessé souffrit légèrement, le 15 au matin la douleur le força d'appeler le chirurgien du village...

» Le malade perdit peu à peu le mouvement des extrémités inférieures et la faculté de retenir ses excréments et ses urines. Philippe fut appelé le 25 octobre ; il examina avec toute l'attention dont il est capable la colonne de l'épine, croyant trouver dans le déplacement de quelques vertèbres la cause de tous ces accidents ; il n'aperçut pas le plus léger défaut de conformation ; il n'y avait nulle rougeur, ni le moindre gonflement extérieur. Le malade alla de mal en pis et mourut le 30 octobre. »

L'autopsie, pratiquée, a démontré l'existence d'une arthrite suppurée sacro-coxale du côté droit avec péritonite, également suppurée, du petit bassin.

L'historien, qui transcrit cette observation, dit que l'observation de Philippe confirme la possibilité de la luxation sacro-iliaque, sans préciser davantage. L'évolution de la maladie et l'autopsie indiquent clairement la nature de la lésion et la luxation consécutive.

Dans toutes les observations que nous avons pu trouver,

la douleur du côté du bassin ne manque jamais, parfois vague sans localisation, le plus souvent siégeant dans l'articulation luxée. Cette douleur coïncide toujours avec l'impossibilité du blessé de se tenir debout et de marcher.

Du côté de la région pubienne, malgré l'hyperesthésie, il a été toujours facile de constater la déformation, surtout dans les cas de disjonction. Chez les sujets maigres, l'articulation n'est recouverte que par la peau et le tissu cellulaire sous-cutané ; dans des cas pareils il a été facile d'introduire les doigts entre les deux os. Chez le militaire observé par Murville, on a pu introduire toute la main.

Dans les deux cas publiés par Salleron, la déformation ne consiste pas dans l'écartement, mais à la saillie d'un des pubis au-devant de l'autre, due à une vraie luxation, cas des plus analogues aux nôtres.

Sa seconde observation est très démonstrative et présente à peu près tous les symptômes qu'on rencontre dans une luxation véritable. Voici le fait relaté brièvement :

Dans la soirée du 1^{er} février 1851, le nommé Delanoue, zouave, âgé de 36 ans, d'une forte constitution, rentre à la caserne dans un état complet d'ivresse. Vers 10 heures du soir il se lève pour uriner, prend la croisée pour la porte et tombe du 2^e étage, d'une hauteur de 5 à 6 mètres.

Apporté immédiatement à l'hôpital, il accuse des douleurs vives dans le bassin, dans la région lombaire et à la symphyse pubienne. Toute la nuit, douleurs, plaintes et insomnie complète, aucune évacuation d'urine ni de matières fécales. Le 2, à la visite du matin, le blessé est immobile, accuse les mêmes douleurs ; le ventre est souple, dépressible. Aucun signe de paralysie des extrémités inférieures.

À la contre-visite, le blessé accuse un pressant besoin d'uriner ; le cathétérisme pratiqué par un aide, ne réussit pas. Le médecin en chef essaie, avec une sonde de gomme élasti-

que, mais elle est arrêtée sous l'arcade pubienne ; une sonde d'argent, arrivée au même point, éprouve encore une résistance assez forte et finit par passer sans déterminer des douleurs vives. Il sort de la vessie à peu près 100 grammes d'urine très rouge, sanguinolente. La sortie de la sonde est suivie d'un jet de même liquide qui s'arrête brusquement ; le besoin d'uriner continue. Après la contre-visite, le blessé est placé dans un décubitus dorsal complet. La saillie de la partie latérale droite du bassin est très évidente à la vue ; l'épine iliaque antéro-supérieure droite est à peu près de 10 à 12 millimètres plus élevée que la gauche et sur un plan antérieur ; la crête iliaque est très sensiblement rapprochée des fausses côtes. Du côté de la symphyse pubienne, il existe une déformation réelle, une saillie osseuse formée par le pubis droit qui est plus élevé, et sur un plan un peu antérieur au gauche ; mais la persistance en cet endroit d'une douleur forte et continue ne permet pas d'apprécier plus complètement l'altération des rapports. La rotule droite est plus élevée que la gauche ; les deux malléoles sont également à une hauteur inégale. En pressant l'os iliaque d'un côté à l'autre on ne détermine aucune douleur vive, on ne perçoit aucune crépitation, aucune mobilité, rien qui indique une fracture. Les mouvements de l'articulation coxo-fémorale droite sont parfaitement libres et ne déterminent aucune douleur. Il existe un peu de gonflement au pli de l'aîne et au périnée, qui sont déjà ecchymosés.

En faisant rouler le blessé sur le côté gauche, pour examiner la partie postérieure du bassin, il se produit une secousse brusque, accompagnée d'un bruit très sonore qui est entendu de toutes les personnes présentes. Le blessé, qui a parfaitement senti la secousse et entendu le bruit, éprouve un soulagement très prononcé, car les différents mouvements

qu'on imprime au bassin, sont plus faciles et moins douloureux.

Après avoir remis le blessé sur le dos, il est facile de voir que la saillie formée par l'os iliaque droit a presque entièrement disparu, bien que l'épine iliaque antéro-supérieure droite soit encore sensiblement plus proéminente que la gauche. La douleur lombaire est moins aiguë ; celle du pubis a beaucoup diminué et la saillie osseuse a disparu.

Pour apprécier l'arcade pubienne, une sonde d'argent introduite dans l'urèthre pénètre d'emblée, sans secousses, sans résistance, sans donner la sensation d'aucun changement dans la direction du canal ; il sort à peu près 30 à 40 grammes d'urine claire, et un jet de quelques grammes qui suit immédiatement la sortie de la sonde ; puis, à plusieurs reprises, mictions spontanées et faciles.

Le 2 mars, le malade commence à marcher avec des béquilles. Le 19, sort de l'hôpital avec un congé de convalescence.

Trois mois après, il se porte très bien et marche facilement.

Comme on peut le voir dans cette observation, à côté de la déformation s'ajoute un symptôme urinaire, c'est la déviation de l'urèthre. Cette déviation est plutôt un accident, une complication qu'un symptôme. Salleron attribue cette déviation du canal à la traction exercée par le pubis déplacé sur le ligament antérieur de la vessie correspondant.

Pour Reclus, ce n'est pas le ligament antérieur, mais la traction exercée sur l'aponévrose moyenne par la branche ischio-pubienne déplacée, qui joue un rôle bien plus important dans la déviation de l'urèthre. Cette complication se relève, en tous cas, par la rétention d'urine et une certaine difficulté dans le cathétérisme, fait que nous voyons aussi dans l'observation du docteur Moreau.

Comme symptôme urinaire, ce n'est pas seulement la dé-

viation qu'on observe ; dans le cas du docteur Mignon, qui est reproduit dans le chapitre du diagnostic, la rupture de l'urèthre a été constatée. Elle est produite probablement par le fibro-cartilage dont la surface articulée, arrachée du pubis, qui est passé au-devant, est restée rugueuse et tranchante.

D'autres fois on a constaté des plaies du côté du col de la vessie et de sa paroi antérieure, tel est le cas de Hall et de Lente.

Lorsque la luxation est très forte, le chevauchement des os pubis l'un au-devant de l'autre, est très grand, surtout lorsque l'écartement entre ces deux os est très considérable, il se produit du côté de la symphyse sacro-iliaque des douleurs plus ou moins vives produites par la rupture des ligaments et la disjonction partielle de cette articulation.

CHAPITRE VI

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les luxations, qui se produisent dans la plupart des articulations dont les mouvements sont étendus, ne produisent pas toujours des désordres bien appréciables, parfois aucune rupture des ligaments.

Dans la disjonction de la symphyse pubienne, qui permet de très minimes mouvements, les ruptures et les déchirures des ligaments sont obligatoires.

Examinons tout d'abord les ligaments périarticulaires, puis le fibro-cartilage interpubien.

Les ligaments fibreux, qui entourent la symphyse et contribuent à augmenter sa solidité sont rompus ou déchirés plus ou moins suivant l'étendue du déplacement. Le ligament inférieur présente en pareil cas le plus d'intérêt à cause de son voisinage avec l'urèthre, lequel peut être déchiré en même temps que lui. Quand le fibro-cartilage est arraché d'un des os du pubis, le ligament inférieur a aussi son bout d'insertion arraché de la branche correspondante du pubis et son bord supérieur, qui était en contact avec lui, est plus ou moins déchiré et déchiqueté.

Le fibro-cartilage n'est jamais déchiré dans sa partie centrale. Malgaigne, dans un cas de luxation double, a observé, sur le cadavre, le fibro-cartilage arraché presque en entier

du pubis droit, emportant même avec lui quelques esquilles osseuses et le périoste voisin.

Backer et I. Cloquet ont vu pareillement le fibro-cartilage arraché de l'un des deux pubis, dont la surface restait nue et rugueuse.

Dans l'autopsie de Hall, le pubis, séparé de l'os congénère, avait pénétré dans la vessie. Sur ce sujet il existait en même temps une fracture de l'iléon (*Provincial Medical and surgical Journal* ; may 1^{er} 1841. *American Journal of medical science*, vol XXXIV, p. 248, cf. Hamilton, p. 422).

Salleron, dans deux cas de fracture de bassin avec disjonction de la symphyse pubienne, a constaté à l'autopsie le fibro-cartilage arraché du côté luxé. Murville a constaté, sur l'officier (dont nous reproduisons l'observation dans le chapitre diagnostic), le même fait par la simple pression digitale.

Mignon, dans l'opération d'une rupture de l'urèthre, croyant à une fracture du bassin, constate la luxation de la symphyse avec arrachement du fibro-cartilage du côté luxé.

On peut considérer ce fait comme constant et, comme le dit Salleron, l'établir comme règle générale, l'arrachement périphérique se faisant du côté luxé, sans nier la possibilité de sa rupture dans sa partie centrale.

CHAPITRE VII

DIAGNOSTIC

La plupart des auteurs qui ont eu l'occasion d'observer des cas de disjonction ou de luxation de la symphyse, décrivent longuement les conditions dans lesquelles l'accident s'est produit et les symptômes de la lésion, se bornant à dire que la déformation de la région de la saillie de l'un des pubis au-devant de l'autre est très évidente, et que l'exploration méthodique permet de se rendre compte du déplacement et de la mobilité des pubis (Walter). On peut dire que le diagnostic ne présente aucune difficulté dans l'écartement des pubis. Rien de plus démonstratif que le cas de Murville, que nous trouvons résumé à peu près dans ces termes par Bégin, dans son rapport à l'Académie de médecine de Paris.

M. C..., officier supérieur, âgé de 56 ans, d'une forte constitution, fut emporté, le 19 octobre 1845, durant une revue, par son cheval, qui fit coup sur coup des bonds furieux et désordonnés. M. C... s'attacha fortement à la bride, pencha le corps en avant, contracta les muscles adducteurs des cuisses avec une violence extraordinaire, étendit fortement les jambes et s'éleva autant que possible sur les étriers. Dans une des secousses imprimées verticalement par le cheval, l'officier fut comme jeté dans l'air et retomba de tout son poids sur la selle, qui agit alors à la manière d'un coin sur

l'angle de jonction des cuisses, c'est-à-dire sur le périnée. L'effort d'écartement fut si considérable que la partie latérale gauche du plancher pelvien, sur laquelle il se dirigea principalement, fut déchirée, la peau restant intacte. Une seconde secousse agrandit immédiatement cette première solution de continuité et la prolongea jusqu'à la symphyse pubienne, dont tous les moyens d'union furent rompus, en y comprenant le pilier interne de l'anneau inguinal gauche. Le blessé, qui conservait tout son sang-froid, perçut distinctement ces déchirures successives des tissus fibreux, sans prévoir toutefois leur gravité, et, ne se croyant atteint que de hernie inguinale, il se laissa glisser en bas de son cheval.

Examiné aussitôt sur le terrain par Maupin, chirurgien-major du corps, M. C... présenta effectivement d'abord une hernie gauche, volumineuse et directe. Comme le périnée était aussi le siège d'une vive douleur, Maupin l'explora et y trouva une autre tumeur globuleuse, saillante, déprimant le côté gauche de la région et le scrotum. Cette tumeur, dit Murville, était assez considérable pour remplir entièrement la main ; et, lorsqu'elle était refoulée en haut, dans la cavité pelvienne, cette main pouvait la suivre et pénétrer à travers l'ouverture qui lui livrait passage, à peu près comme elle le fait à travers la vulve dilatée, immédiatement après la parturition. *Les deux mains portées de champ, l'une au-dessus du pubis, l'autre au périnée, pouvaient contourner facilement l'os coxal gauche et se rencontrer au niveau de la symphyse, assez largement écartée pour leur permettre de s'engager entre les os qu'elle réunit, en déprimant les téguments qui la recouvrent.*

Murville, chirurgien en chef, estima à 6 ou 7 centimètres l'écartement des os pubis, dont la gauche était dépouillée de son fibro-cartilage, resté adhérent sur le droit. Le visage du blessé exprime une grande anxiété ; le pouls était petit

et faible ; les régions interpelvienne, inguinale et périnéale, ainsi que la symphyse sacro-iliaque gauche, étaient le siège de douleurs excessives.

Après s'être assuré, par le cathétérisme, que la vessie et l'urèthre étaient intacts, Murville s'est attaché à remplir les indications suivantes : 1° réduire les hernies et les maintenir réduites ; 2° rapprocher les os du pubis et les contenir d'une manière énergique et constante ; 3° prévenir l'inflammation et la combattre au besoin.

Trente jours après l'accident, M. C... était en pleine convalescence. A la fin du second mois, la promenade était permise et supportée. Le 4 février 1846, trois mois et demi après l'accident, M. C... put sortir de l'hôpital avec un congé de convalescence.

En 1847, la guérison fut devenue aussi complète que possible. Les pubis sont dans un état de contact immédiat normal, et leurs moyens d'union sont parfaitement consolidés. Il en est de même du plancher du périnée et de l'anneau inguinal gauche. Les mouvements des membres inférieurs sont, au dire du blessé, aussi libres et aussi vigoureux qu'avant l'accident. Enfin, la santé de M. C... ne laisse rien à désirer, et il a pu, depuis plusieurs mois, reprendre son service actif, à la tête de son régiment (Académie de Médecine de Paris, 17 août 1847 ; rapport de Blandin, Forestier et Bégin, rapporteurs ; *Bulletin*, tome XII, pp. 960 à 966).

Cette simplicité et facilité du diagnostic n'existe pas quand il s'agit de luxation véritable. L'erreur qu'on commet en ce cas, c'est de confondre la luxation avec une autre lésion relativement plus fréquente, c'est la fracture du bassin, des branches du pubis. L'erreur qui a été faite pour notre malade a été faite aussi au premier moment pour le blessé du docteur Mignon (*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1902, page 571).

Il s'agit d'un cavalier qui tombe à terre avec son cheval,

le bassin pris entre le sol et le cheval. Quatre heures après l'accident, le blessé se plaint de douleurs vagues dans la partie inférieure du bassin et d'une impotence complète du membre inférieur gauche. Le docteur Mignon, qui examine le malade, pense à une fracture du bassin ; comprimant latéralement les deux épines iliaques, il détermine une douleur très vive du côté du pubis ; il entend en même temps un bruit rude, très net, que le malade rapporte aux environs de la symphyse pubienne.

« Il me semble, dit le docteur Mignon, qu'il avait une fracture du pubis ; la région postérieure du bassin n'était pas douloureuse. Ce diagnostic me faisait le devoir de rechercher l'état des voies urinaires. La région hypogastrique était légèrement saillante et mate sur une surface de quatre travers de doigt. Le malade n'avait pas uriné depuis sept heures et n'en sentait pas le besoin. Une sonde molle de Nélaton est introduite dans l'urèthre, elle entre jusqu'au bout sans difficulté et sans provoquer des souffrances. Il ne sort que quelques gouttes de sang. L'examen par le toucher rectal ne détermine aucune douleur, ni de côté du pubis, ni sur la prostate, ni sur le bas-fond vésical. » A l'intervention chirurgicale on se trouve en présence d'une luxation du pubis gauche avec rupture totale de l'urèthre membraneux et infiltration d'urine dans la cavité prévésicale. La disjonction s'est faite entre le pubis gauche et le fibro-cartilage de la symphyse.

Dans les cas que nous reproduisons, cette erreur de diagnostic fut commise par le médecin qui a donné les premiers soins au blessé et après un examen minutieux par des chirurgiens de mérite.

Donc, si le diagnostic est facile dans les disjonctions, il présente une vraie difficulté quand il s'agit d'une luxation vraie et qu'il faut la distinguer d'une fracture des os pubis.

La radiographie dans de pareilles circonstances rend un service des plus appréciables : grâce à elle, l'erreur est impossible et la conduite à tenir le mieux appréciée.

Jusqu'à présent nous n'avons pas pu trouver beaucoup de cas de luxations dont le diagnostic a eu recours à la radiographie ; car les luxations qui sont le plus fréquentes sont faciles à reconnaître par les seuls moyens cliniques. Les difficultés paraissent quand la luxation est masquée par une tuméfaction grande et persistante, et, de plus, quand il y a des fractures des extrémités intra-articulaires. La connaissance de ces fractures, quelque minimes qu'elles soient, est utile à cause de l'obstacle qu'elles peuvent présenter à la réduction et aux rétablissements des mouvements.

Pour les os et les articulations du bassin, qui sont d'un examen difficile, la radiographie peut rendre de précieux services, la preuve en est dans l'observation que nous reproduisons. Sans son concours on aurait continué à traiter une fracture non solidifiée, qui n'existait pas.

CHAPITRE VIII

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

On peut dire qu'en général les traumatismes du bassin sont graves et que leur gravité est en rapport avec la violence du trauma et les désordres qu'il produit.

Bégin, dans son rapport à l'Académie de médecine, 1847, tome XII, page 965, parlant du pronostic, s'exprime ainsi : « S'il est un point de doctrine chirurgicale généralement accepté et confirmé par l'observation clinique récente, comme il avait été établi par nos prédécesseurs, c'est celui qui concerne le pronostic toujours excessivement grave, des fractures et des luxations du bassin, produites par des causes extérieures.

Les os de cette région sont, en effet, si solides, disposés de manière à se prêter un appui mutuel si efficace, articulés au moyen de surfaces si étendues et liées étroitement entre elles par des faisceaux fibreux si multipliés et si résistants, que leur solution traumatique de continuité ou de contiguïté n'ont presque jamais été observés qu'à la suite de violences directes ou indirectes, tellement considérables qu'elles avaient étendu leur action aux viscères pelviens ou abdominaux, aux centres nerveux, à l'économie tout entière, et déterminé par là des complications funestes. »

Le pronostic, dit Malgaigne, tire sa gravité des complica-

tions, et dans les quatre cas qu'il réunit, il cite deux morts : celui de Caméron, succombé à une rupture de la vessie et celui de Martin, succombé au shock traumatique, peu de temps après l'accident.

Pour mieux apprécier le pronostic, il convient d'examiner à part les accidents et complications immédiats, puis les accidents tardifs.

La luxation simple ou la disjonction par elle-même n'est pas grave, mais le traumatisme énorme qui la produit peut amener une commotion cérébrale ou médullaire qu'on peut considérer comme la cause véritable de certains cas de mort, notamment chute d'un lieu élevé (cas de Martin).

Si la luxation est compliquée d'une lésion des organes pelviens de voisinage et le pronostic est beaucoup plus sérieux, ces accidents peuvent être rapprochés de ceux qui accompagnent les fractures non ouvertes des branches pelviennes. Comme dans ces derniers cas, ce qu'on a le plus à redouter, ce sont la déchirure de l'urèthre et de la vessie avec l'infiltration d'urine et l'empoisonnement ou la septicémie généralisée, l'arthrite suppurée, la phlébite du plexus de Santarini, la péritonite.

Parmi les treize cas que nous avons réunis, il y a quatre cas de mort qui a suivi de très près l'accident ; deux rapportés par Malgaigne et deux par Hamilton, celui de Hall, qui a trouvé à l'autopsie le pubis, séparé de l'os congénère, pénétré dans la vessie.

Dans le cas rapporté par Lente avec autopsie, le pubis droit était déplacé en arrière d'environ un centimètre et demi, il y avait au sommet de la vessie une plaie assez large pour recevoir le pouce.

Les accidents tardifs, d'autant qu'on peut juger des neuf cas restants, ne sont pas d'un pronostic aussi fâcheux qu'on est en droit de supposer.

Le blessé de Murville, dix-neuf mois après l'accident, était complètement rétabli, montant à cheval comme avant l'accident. Les blessés de Salleron ont aussi complètement guéri. Le blessé de Mignon, qui a eu une rupture de l'urèthre, est sorti de l'hôpital complètement rétabli, ne présentant aucun trouble du côté des voies urinaires.

Donc, si le pronostic primitif est grave, puisqu'il y a quatre morts sur quatorze cas, le pronostic tardif l'est moins, des cas de vraie guérison sont possibles. Il est rendu fâcheux par la longueur de la guérison, due aux difficultés que présente la reprise d'une articulation amphyarthrodiale et l'impotence plus ou moins prolongée des membres inférieurs.

TRAITEMENT

En présence d'une luxation de la symphyse, l'indication est, comme dans toutes les luxations, de la réduire et de la maintenir réduite. Cette réduction n'est pas toujours facile et exige une certaine violence. Salleron, qui a réussi dans un cas, le seul qu'on connaît, décrit de la façon suivante le procédé qu'il a employé : « Le plein d'un drap plié suivant sa longueur est appliqué à la partie postérieure et supérieure de la cuisse du côté sain, au-dessous de la tubérosité ischiatique. Les deux chefs ramenés en avant sont croisés sur l'épine iliaque antéro-supérieure correspondante ; portés ensuite l'un en avant, l'autre en arrière du tronc qu'ils enchaînent très obliquement, ils sont fixés à la tête du lit. De sorte que cette pièce de linge est destinée à fixer le bassin aussi so-

lidement que possible. Le plein du second drap, plié en long, est appliqué sur la cuisse du côté luxé, un peu au-dessous de la rotule ; les chefs croisés sous le jarret et ramenés sur les parties latérales de la jambe un peu fléchie sur la cuisse, sont confiés à deux aides chargés de l'extension, avec recommandation de tirer d'une manière lente, modérée, continue et sans secousses ; le blessé couché sur le côté sain du bassin, la cuisse du côté luxé soutenue horizontale et parallèlement à l'axe du corps. Placé en arrière, je presse sur l'épine iliaque post-supérieure, en la poussant de haut en bas et d'arrière en avant ; les tractions, aidées de la pression, produisent presque instantanément une réduction complète accompagnée d'une secousse brusque et d'un bruit caractéristique parfaitement senti par le blessé. »

Dans le cas du docteur Moreau, la réduction tentée de la même manière à peu près, ne réussit pas : « Malgré de nombreux efforts d'extension, dit le docteur Moreau, d'abduction et même d'écartement des membres inférieurs, au moyen de lacs passés en cravate à leur racine et dirigés aussi horizontalement que possible, il est impossible d'obtenir une réduction complète. A plusieurs reprises, les chirurgiens recommencent ces tentatives ; mais ils n'obtiennent qu'une diminution du chevauchement avec quelques craquements. »

Le malade réussit à réduire la luxation lui-même en essayant de se retourner dans son lit, laissant le côté malade du bassin former pivot, en même temps qu'il soulevait et inclinait le côté sain, tout en imprimant à la partie supérieure du tronc des mouvements de torsion. Au moment où il passait du décubitus dorsal dans le décubitus ventral, le blessé ressentit une forte sensation de réduction et se sentit immédiatement soulagé.

La réduction se fait de même spontanément dans le cas

de Salleron que nous reproduisons au chapitre de symptomatologie.

De sorte que, dans le cas de luxation simple, avant de tenter la réduction par l'abduction et l'extension, il est bon d'essayer la réduction par des mouvements de torsion imprimés au bassin. Quel est le mécanisme de la réduction en pareil cas et pourquoi dans certains cas par l'abduction et l'extension on ne réussit pas, il m'est fort difficile de l'expliquer.

Une fois la luxation réduite, il faut la traiter à peu près comme une fracture ; placer aussi solidement que possible autour du bassin un bandage de contention avec recommandation de demeurer dans la position du décubitus dorsal jusqu'à la réunion des ligaments déchirés.

Le traitement est identique pour les disjonctions avec écartement.

CHAPITRE IX

CONCLUSIONS

1° La luxation du pubis est produite presque toujours par un traumatisme d'une violence très grande s'exerçant dans un sens horizontal sur un des côtés du bassin, d'arrière en avant.

2° Le diagnostic n'est pas toujours facile, le meilleur moyen, et le plus démonstratif est fourni par la radiographie.

3° Le pronostic est rendu fâcheux par l'impotence plus ou moins durable des membres inférieurs, la guérison définitive et complète est le plus souvent possible.

4° La réduction est obtenue par l'abduction de la branche luxée ; dans des cas d'insuccès, le décubitus dorsal et les mouvements de torsion du bassin sont susceptibles d'amener la réduction spontanée.

5° L'usage d'un bandage de contention doit être longtemps prolongé.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 18 mai 1906.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 18 mai 1906
Le Doyen,
MAIRET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Mémoires de l'Académie royale de chirurgie, 1784.

Histoire de l'Académie de chirurgie, t. III, 1791.

MARTIN. — Journal de médecine, 1764, t. XXIII.

MARTIN et ROUX. — Journal de médecine, chirurgie et pharmacie, 1765, t. XXIII.

MALGAIGNE. — Traité des fractures et des luxations. Paris, 1847, t. I, et 1855, t. II, p. 774

SALLERON. — Archives générales de médecine, 1871, p. 34.

MURVILLE. — Mémoires de l'Académie de médecine de Paris, t. XIV, p. 255.

HAMILTON. — Traité des fractures et des luxations, trad. de la 6^e édition, par Poinso. Paris, 1884, p. 422.

TILLAUX. — Anatomie topographique.

— Clinique chirurgicale, t. II.

DUBLEY et RECLUS. — Traité de chirurgie, t. VII, Walter.

TESTUT. — Anatomie topographique.

Archiv und atlas der norm. und patholog. Anatomia in Röntgenbildern.

Radiographie (électricité et électrothérapie), docteur Foveau de Courmelle.

Traité de radiologie Ch. Bouchard.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
